



CUESTIONARIO PARA PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas en relación al uso de su hogar como un local para cuidado de niños. Si acaso alguna de estas preguntas no LE aplican o si no desea contestarlas, por favor indíquelo así anotando las letras NR (no relevante) en el espacio disponible. Igualmente, si tiene alguna pregunta o duda con respecto a este cuestionario, puede también llamar al personal de LOCATE al 240-777-1457. Después de completar este cuestionario, por favor envíelo a la siguiente dirección: **Montgomery County Child Care Resource and Referral Center, 332 West Edmonston Drive, Rockville, MD 20852**

POR FAVOR COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA

Fecha _____

1. Nombre _____
2. Dirección _____ Nombre de su Comunidad _____
3. Ciudad _____ 4. Condado _____
5. Código Postal _____ 6. Teléfono _____ Fax _____
- E-mail _____
7. Dirección de correo (en caso de que sea diferente a la de su domicilio) _____

Dirección de su pagina Web _____

8. Por favor marque con un círculo las respuestas pertinentes:
 Hay estación de metro (tren subterráneo) cerca de mi casa Sí No
 Nombre de la estación de metro (tren subterráneo) _____
 Hay autobuses públicos cerca de mi casa Sí No
 Nombre y/o número de los autobus/es _____
9. Estamos muy interesados en enlazar a los proveedores de cuidado infantil con las escuelas públicas más cercanas a las que asisten los niños que usted cuida. Si usted tuviera que escoger una escuela, ¿cuál sería la escuela pública primaria y media más cercana a usted? (favor de responder aunque no provea cuidado para niños de edad escolar)
 - a. Escuela pública primaria _____
 Nombre otra escuela pública/privada hacia donde usted transporta niños: _____
 - b. Escuela media pública (entre 8 y 13 años) _____
 Nombre otra escuela media pública/privada hacia donde usted transporta niños: _____
 - c. Otras escuelas (públicas o privadas) que desee mencionar en esta lista _____

10. a. Marque con un círculo los servicios que provee:

Provee cuidado

Antes y/o después de la escuela primaria.	Sí	No
Antes y/o después de la escuela media	Sí	No
Antes y/o después del programa de preescolar (guardería, pre-kindergarten público, Head Start)	Sí	No

- b. Marque con un círculo las opciones que le aplican a usted **en caso de que usted ofrezca servicio de cuidado antes o después de la escuela:**

Camino con los niños hacia la:	escuela	Sí	No
	parada del autobús	Sí	No
Los niños pueden caminar solos:	a la escuela	Sí	No
	parada del autobús	Sí	No

(solo para uso de la oficina-ingrese coordenadas del mapa aquí _____)

11. ¿A qué hora abre? _____ ¿A qué hora cierra? _____
¿Está usted dispuesto/a a ajustar su horario para acomodar a las necesidades de los padres? **Sí No**

12. Marque por favor los días de la semana que su programa está abierto:

Domingo _____ Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____

13. Marque con un círculo su respuesta:

- a. ¿Acepta a niños que califican para el subsidio del Departamento de Servicios Sociales? (*Purchase of Care*) **Sí No**
- b. ¿Ofrece descuentos cuando cuida a más de un niño de la misma familia (*Sibling Discount*)? **Sí No**
- c. ¿Ofrece ajustar la cuota de pago por el cuidado de niños (tarifa flexible con base en el ingreso de los padres) **Sí No**

14. Ofrece cuidado: _____ de tiempo completo _____ de medio tiempo _____ ambos
Ofrece cuidado de infantes: _____ de tiempo completo _____ de medio tiempo _____ ambos

15. Su programa se mantiene abierto:

9 ó 10 meses al año _____ los 12 meses del año _____
sólo durante el verano _____ durante las vacaciones escolares _____

16. Favor de indicar con un Sí o No los siguientes horarios que ofrece (**Por favor envíenos una copia de su licencia si además usted ofrece cuidado por la noche. Esto debe estar indicado en su licencia**):

Fin de semana (regularmente)	Sí	No	Temporal/emergencias	Sí	No
Cuidado imprevisto	Sí	No	Toda la noche	Sí	No
Noche	Sí	No	Horario rotativo	Sí	No

17. a. ¿Prefiere que todos los niños estén entrenados para usar el baño, exceptuando aquellos casos de discapacidad que no les permitan aprender? _____ Sí _____ No
- b. ¿Está dispuesto/a a adiestrar a los niños para usar el baño, exceptuando aquellos casos de discapacidades que no les permitan aprender? _____ Sí _____ No

18. Marque con un círculo los puntos que apliquen a su programa:

Entrenamiento en resucitación cardiopulmonar (CPR)	Sí	No
Entrenamiento en primeros auxilios	Sí	No
Suministro de medicamentos recetados	Sí	No
Habla más de un idioma con fluidez	Sí	No

¿Cuál/es idioma/s? _____ Español, y/o _____

19. Marque las preguntas que aplican a su vivienda:

Apartamento / condominio	_____	patio cercado	_____
Casa de varios pisos (<i>townhouse</i>)	_____	piscina	_____
Casa individual	_____	mascotas	_____
Trailer	_____	(mencione dichos animales en la pregunta núm. 31)	
Vivienda doble (<i>duplex</i>)	_____		

- Ambiente sin fumadores _____
- o No se fuma durante horas de cuidado de niños _____
- o Se fuma durante horas de cuidado de niños _____

Información de sus Inscripciones/Registro

¿Podría tomarse un momento adicional para contestar las siguientes preguntas relativas a la cantidad de niños inscritos en su programa? Esta información, combinada con la de otros proveedores, será usada para reflejar una idea precisa del número total de niños actualmente inscritos en hogares de cuidado infantil con licencia en el estado de Maryland.

Inscripción de Tiempo Completo (Full Time)

20. ¿Cuántos niños menores de 2 años de edad están inscritos actualmente en su programa? _____

21. ¿Cuántos niños de 2 a 4 años de edad están inscritos actualmente en su programa? _____

22. ¿Tiene niños de 5 años de edad que están actualmente inscritos para asistir todo el día, todo el año en su programa? (los niños que no llegaron a inscribirse en la escuela en Septiembre)

Si _____ Si los tiene cuantos tiene? _____ No _____

23. ¿Tiene niños de edad escolar* que están en el kindergarten u otros grados más altos inscritos en su programa? (Antes y después de la escuela o durante el verano y días de fiesta)

Si _____ Si los tiene cuantos tiene? _____ No _____

24. Favor de Marcar todas las comidas que provee:

Desayuno___ A.M.bocadillo___ Almuerzo___ P.M. bocadillo___ Cena_____

No ofrece comida ni bocadillos_____

25. En su casa, ¿se observa o practica algún tipo de dieta especial (ejemplo: *Kosher* o vegetariana)

Sí___ No___ Si, sí ¿cuales? _____

26. Por favor, marque con una **Y** si usted acepta, o con una **N** si no acepta niños ese edad, luego llene los casilleros indicando el precio que cobra por cada grupo de edad que usted acepta en su programa:

Edad	<i>Acepto</i>	Precio Semanal de Cuidado tiempo completo	Precio Diario de Cuidado tiempo Completo
6 semanas – 11 meses			
De 12 a 23 meses			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			
Más de 6 años- full time (feriados/verano)			
Antes/después de pre-escuela			
Antes/después de la escuela			

Favor de completar los casilleros si usted provee cuidado **de noche/toda la noche** (como lo que indica su licencia) o los **fines de semana**. Si no ofrece cuidado durante estas horas, pase a la pregunta número 23.

Edad	<i>Acepto</i>	Precio Semanal de Cuidado de Noche	Precio Semanal de Cuidado toda la Noche	Precio Diario por cuidado los fines de semana
6 wks – 11 mon				
12 mon – 23 mon				
2 years				
3 years				
4 years				
5 years				
6+ years- full time (holidays/summer)				

27. ¿Requiere depósito o cuota inicial? Sí ____ No ____
Si lo requiere, ¿Qué cantidad? \$ _____

28. ¿Requiere depósito de inscripción? Sí ____ No ____
¿Qué cantidad? \$ _____

29. ¿Y niños hasta de que edad cuida? _____ años

30. ¿Participa usted en el programa de alimentos para niños y adultos “Food Program”? ____ Sí ____ No

31. ¿Es usted miembro de la Asociación de Proveedores de Cuidado Infantil-FCCAMC? ____ Sí ____ No

32. ¿Tiene usted un plan de preparación en caso de emergencia? Sí ____ No ____

33. ¿Ha recibido usted capacitación sobre cómo estar preparados en caso de emergencia? Sí____ No____

34. La información que usted proporcione desde la pregunta núm. 30 hasta la 37 se recabará sólo con fines estadísticos solamente, y no se divulga como parte de los referidos. La información que nos proporcione será combinada con la de otros proveedores para estudiar la inclinación que existe en las áreas de compensación, salud mental infantil y el uso de las computadoras entre la comunidad proveedora de cuidado infantil.

a. Actualmente, ¿cuál es el estimado del ingreso anual de su negocio?

(Puede indicar su respuesta con base en sus ingresos semanales o mensuales, como le sea más fácil)

Semanal \$ _____ o Mensual \$ _____

b. ¿Qué tipo de beneficios recibe? (Marque todos los que apliquen).

	Sí, pagado por su Programa de Cuidado Infantil	Sí, lo recibo a través de mi Esposo/a	Ninguno
Seguro de Salud			
Seguro Dental/Dentista			
Seguro de Vida			
Otro, Especifique: _____			

35. ¿Tiene actualmente algún niño/s con necesidades especiales inscritos en su programa?

Sí____ No____ Si la respuesta es sí, cuántos? _____

36. ¿Tiene actualmente a niños bajo su cuidado que estén recibiendo servicios de salud mental infantil?

Sí____ No ____ Si la respuesta es sí, cuántos? _____ No sé _____

37. ¿Y tiene actualmente niños, bajo su cuidado, que estén recibiendo servicios de intervención temprana (Infants & Toddlers, ChildFind)?

Sí____ No ____ Si la respuesta es sí, cuántos? _____ No sé _____

38. ¿Ha referido usted alguna vez a algún niño/s para recibir servicios de intervención temprana (Infants & Toddlers, ChildFind)?

Sí____ No ____ Si la respuesta es sí, cuántos? _____ No sé _____

39. ¿Ha tenido usted que interrumpir el cuidado de un niño por problemas de conducta?

Sí____ No ____ Si la respuesta es sí, cuántos? _____ No sé _____

40. ¿Tiene usted una computadora que funcione? Sí ____ No____

41. ¿Tienen los niños acceso a la computadora en su programa de cuidado infantil? Sí____ No____

Cuidado de niños con necesidades especiales

42. a. ¿Tiene o ha tenido experiencia cuidando niños o adultos con necesidades especiales (cuidado, familiares, o actividades cunitarias)? Sí _____ No _____

b. Si, sí, favor de marcar las discapacidades con las cuales ha tenido experiencia, o sobre las que conozca:

Area Cognitiva

- _____ Retraso en el desarrollo
- _____ Síndrome de Down
- _____ Síndrome X Frágil
- _____ Problemas de aprendizaje
- _____ Deficiencia mental
- _____ Retraso en el desarrollo del habla/lenguaje
- _____ Lesión cerebral traumática

Area Física

- _____ Artritis
- _____ Parálisis cerebral
- _____ Pérdida de la visión/audición
- _____ Debilidad del tono muscular
- _____ Distrofia muscular
- _____ Ortopédico
- _____ Parapléjico
- _____ Quadripléjico
- _____ Espina bífida

Area Médica

- _____ Monitor de apnea
- _____ Displasia broncopulmonar (BPD)
- _____ Problemas sanguíneos/órganos
- _____ Cáncer
- _____ Bolsas de colostomía
- _____ Fibrosis cística
- _____ Diabetes
- _____ Recién nacidos adictos/expuestos a las drogas
- _____ Problemas de alimentación/alimentación por sonda
- _____ Desorden genético
- _____ Síndrome de George Lange
- _____ Afección cardíaca
- _____ SIDA (HIV)
- _____ Hidrocefalia
- _____ Envenenamiento por plomo
- _____ Prematurez
- _____ Respiratorios
- _____ Alergias severas
- _____ Asma severa
- _____ Desorden convulsivo (epilepsia)
- _____ Tubo traqueal

Area Socioemocional

- _____ Desorden del ajuste
- _____ Síndrome de Asperger
- _____ Desorden del apego
- _____ Desorden de falta de la atención
- _____ Desorden de falta de atención e hiperactividad
- _____ Autismo
- _____ Problemas de conducta
- _____ Desorden bipolar
- _____ Depresión
- _____ Problemas emocionales
- _____ Trastorno del humor
- _____ Trastorno de obsesión-compulsión
- _____ ODD (Desorden del desafío y oposición)
- _____ PDD (Desorden pervasivo del desarrollo)
- _____ Desorden del estrés postraumático
- _____ Disfunción de la integración sensorial

c. Marque todos los que apliquen a su programa:

- Actualmente hay acceso para sillas de ruedas en su residencia Sí _____ No _____
- Sabe lenguaje de señas Sí _____ No _____

Educación

43. Marque el nivel de educación más alto que usted haya alcanzado (*marque sólo una opción*)

- _____ Menos de escuela Secundaria
- _____ GED/Escuela Media Superior
- _____ Título asociado
- _____ Título Bachiller Universitario
- _____ Título Maestría
- _____ Doctorado

44. a. ¿Ha tomado clases con valor universitario en Educación Temprana? Sí _____ No _____

b. ¿Tiene un título universitario en Educación Temprana

45. a. ¿Ha tomado clases con valor universitario en Educación Especial? Sí _____ No _____

b. ¿Cuenta usted con la certificación de maestro en Educación Especial expedida por el Departamento de Educación del Estado de Maryland? Sí _____ No _____

46. ¿Existe otra cosa/s que usted desee compartir con los padres acerca de su programa, por ejemplo, sobre las clases que ha tomado, actividades que ofrece, los tipos de mascotas, si su programa es bilingüe, etc.?
